

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

GRADO EN ENFERMERÍA 2016-2017



Trabajo de Fin de Grado

**EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN FORMATIVA DE
COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA EN URGENCIAS
PEDIÁTRICAS HOSPITALARIAS**

**THE EFFICACY OF A FORMATIVE INTERVENTION
ABOUT THERAPEUTIC COMMUNICATION IN
PEDIATRIC EMERGENCY DEPARTMENT**

Proyecto de Investigación

Fecha de entrega: 2 Mayo 2017

Autora: Nuria Moya Martínez

Tutora: M^a Teresa Argüello López

Me gustaría agradecer a todas y cada una de las personas
que me han ayudado a que este proyecto sea posible.

ÍNDICE CONTENIDOS

RESUMEN	7
ABSTRACT	8
1. INTRODUCCIÓN.....	9
1.1. Contextualización y fundamentación.....	9
1.2. Justificación	21
1.3. Delimitación del problema de investigación	21
2. METODOLOGÍA.....	22
2.1. Diseño	23
2.2. Ámbito y periodo	23
2.3. Población	23
2.4. Muestra	23
2.5. Variables	24
2.6. Métodos para la recogida de datos.....	25
2.6.1. Instrumentos	25
2.6.2. Procedimiento para la recogida de información	26
2.6.3. Intervención formativa.....	27
2.7. Aspectos éticos	36
3. PROPUESTA DE ANÁLISIS DE DATOS	37
3.1. Análisis descriptivo.....	37
3.2. Contraste de hipótesis	37
4. REFLEXIONES FINALES Y APLICACIONES EN LA PRÁCTICA DEL CUIDADO	39
5. BIBLIOGRAFÍA	41
6. ANEXOS	46

6.1. Anexo 1: LISTADO DE NÚMEROS ALEATORIOS PARA LA ELECCIÓN DE LA MUESTRA DE ESTUDIO.....	46
6.2. Anexo 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO.....	47
6.3. Anexo 3: CUESTIONARIO PARA LA VALORACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS EN COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA.....	49
6.4. Anexo 4: CORRECCIÓN CUESTIONARIO CONOCIMIENTOS EN COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA	53
6.5. Anexo 5: CUESTIONARIO PARA LA VALORACIÓN DE LAS ACTITUDES EN COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA.....	54
6.6. Anexo 6: PARRILLA DE OBSERVACIÓN, EVALUACIÓN DE HABILIDADES EN COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA.....	57
6.7. Anexo 7: FORMULARIO DE VARIABLES SOCIOLABORALES	58
6.8. Anexo 8: CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN POST-INTERVENCIÓN .	59

ÍNDICE TABLAS

Tabla I: Población y muestra	24
Tabla II: Variables sociolaborales	24
Tabla III: Variables sociolaborales (continuación)	25
Tabla IV: Calendario Intervención Formativa.....	27
Tabla V: 1º Sesión	28
Tabla VI: 2º Sesión.....	29
Tabla VII: 3º Sesión	33
Tabla VIII: Frecuencia absoluta, frecuencia relativa y porcentaje	37

RESUMEN

Introducción

Establecer una comunicación terapéutica eficaz con el niño y su familia es un requisito imprescindible para garantizar una atención óptima en la unidad de urgencias pediátrica. Para ello, los profesionales enfermeros deben poseer unos conocimientos, habilidades y actitudes que les permitan establecer este tipo de relación. Dado que pueden ser desarrollados mediante entrenamiento, se propone una intervención formativa orientada a tal fin. El principal objetivo de esta investigación es evaluar la eficacia de la intervención formativa propuesta de comunicación terapéutica en los enfermeros/as del servicio de urgencias pediátricas de los hospitales La Paz y Niño Jesús.

Material y métodos

Se realiza un estudio cuasiexperimental con medida pre y post intervención en un sólo grupo. La población diana está formada por todos los profesionales enfermeros de urgencias pediátricas de ambos hospitales, un total de 50 (N_T). Mediante muestreo aleatorio estratificado se seleccionan 20 (n_T) participantes, con un listado de números aleatorios. Los datos se recogerán en el transcurso de la intervención, evaluando con cuestionarios los conocimientos y actitudes. Las habilidades se evalúan en un Rol-playing, observando si cumplen unos indicadores determinados. Se propone analizar los datos obtenidos con el programa estadístico SPSS, utilizando el contraste de hipótesis T-Student en variables cuantitativas, y χ^2 en las cualitativas.

Conclusiones

Ante la necesidad de formación en comunicación terapéutica de los enfermeros/as en urgencias pediátricas, se considera importante integrar un programa para mejorar conocimientos, habilidades y actitudes en comunicación. Las estrategias propuestas promueven beneficios a nivel profesional y personal.

Palabras Clave: Enfermería, Enfermería Pediátrica, Enfermería de Urgencia, Niño, Familia, Comunicación, Relaciones Enfermero-Paciente, Educación Continua en Enfermería, Investigación en Evaluación de Enfermería.

ABSTRACT

Introduction

Establishing an effective therapeutic communication with the child and his family is essential in order to ensure an optimal care in the pediatric emergency department. That's why nursing professionals must have the knowledge, skills and attitudes that allow them to establish the relationship required. Since they could be developed through training, it is proposed a formative intervention oriented to that purpose. The main objective of this research is to evaluate the effectiveness of the formative intervention of therapeutic communication proposed in the pediatric emergency department's nurses at La Paz and Niño Jesús hospitals.

Material and methods

It's performed a quasi-experimental study with pre and post measure intervention in a single group. The target population is formed by all emergency nurses of both hospitals, a total of 50 (NT). Is selected 20 (nT) participants by using stratified random sample, through a list of random numbers. Data will be collected during the intervention, evaluating the knowledge and attitudes with questionnaires. Skills are evaluated in a role-playing activity, observing if the participants meet certain indicators. Its propose to analyze the data collected with the SPSS statistical program, using the T-Student hypothesis contrast in quantitative variables, and χ^2 for the qualitative ones.

Conclusions

Given the nurses need of training in therapeutic communication at pediatric emergencies department, is important to incorporate a program to improve the knowledge, attitudes and skills in communication. The strategies proposed promote professional and personal benefits.

Keywords: Nursing, Pediatric Nursing, Emergency Nursing, Child, Family, Communication, Nurse-Patient Relations, Continuing Nursing Education, Nursing Evaluation Research.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Contextualización y fundamentación

El profesional de enfermería ejerce la primera atención al niño y su familia en los servicios de urgencias pediátricas. Por ello, establecer una correcta comunicación terapéutica desde el primer momento es esencial para que los cuidados prestados sean de calidad.

Unidad de Urgencias Pediátricas

El concepto de urgencia es definido por la OMS como "la aparición fortuita en cualquier lugar o actividad de un problema de salud, de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que la sufre o de su familia"; y por otro lado, la emergencia "una situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente".¹ Es necesario establecer la distinción de ambos conceptos para centrar el estudio en la atención de urgencia sanitaria.

Respecto a la organización del servicio de urgencias pediátricas, cabe destacar la actuación y presencia enfermera en todo el proceso asistencial. Se distribuye en la recepción y clasificación, y en la zona de exploración, diagnóstico y tratamiento. En primer lugar, a través de una valoración y exploración física se clasifica a los pacientes con el fin de priorizar la atención urgente según su gravedad, determinando el tiempo de atención y el recurso más adecuado en cada caso. Esta actividad enfermera se denomina triaje, y es cuando se establece el primer contacto mediante la atención inicial al niño y su familia. Por otro lado, la zona de atención urgente dispone diferentes recursos que se adecuan a los niveles de gravedad triados.²

Debido a que la atención de urgencias y emergencias no es planificada, puede suponer un factor potencialmente estresante para el niño y su familia.³ Para minimizar la experiencia traumática y evitar problemas de afrontamiento se van a considerar como un todo a lo largo del proceso de hospitalización.

El niño. Etapa escolar

La atención enfermera debe ser adecuada a la etapa de desarrollo en la que se encuentre el niño, teniendo en cuenta su punto de vista de la enfermedad y cómo aborda la situación desde el primer contacto. Para ello, es imprescindible que la enfermera tenga

conocimientos al respecto de manera previa, y ser capaz de escoger las palabras y estrategias apropiadas para la edad cronológica del niño y su nivel de comprensión.³

Se entiende por niño a "todo ser humano menor de 18 años de edad, salvo que, en virtud de la Ley que sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad", definición adoptada por la Convención sobre los derechos del niño en 1989.⁴

La etapa escolar o infancia media va de los 6 a los 12 años. Al finalizar los 5 años, van madurando la percepción del entorno que les rodea, se alejan del pensamiento egocéntrico y comienzan a apreciar el punto de vista de los demás. Aumentan sus habilidades cognitivas, lo que les permite comentar y explicar ese mundo que puede ser investigado por ellos.⁵

Respecto al desarrollo emocional y social, a partir de los 6 años desarrollan la confianza, autonomía e iniciativa. Van adquiriendo cierta independencia empezando a tomar sus propias decisiones, son capaces de gobernar su propia conducta y cubrir por sí mismos algunos requisitos de autocuidado.⁵ Según Dorothea Orem, existen factores condicionantes, como la edad, el sexo, el estilo de vida y el desarrollo psicosocial y motor, que influyen en la capacidad de autocuidado de uno mismo.⁶ Es frecuente que los niños escolares, en consecuencia de su escasa experiencia, no cuenten con las habilidades adecuadas para abordar por sí mismos la aparición de un problema de salud, lo que determina que el autocuidado sea suplido por los padres en primera instancia. Cuando los cuidados exceden la capacidad de los padres, lo delegarán al profesional de enfermería, quien asumirá el papel de agente de cuidado al dependiente.⁷ A pesar de ello se debe potenciar desde la infancia, que el niño se sienta partícipe de su cuidado.⁸ Por otro lado, los niños en etapa escolar desarrollan una mayor comprensión del proceso de enfermar y aumenta su conocimiento del funcionamiento corporal, abandonan el pensamiento mágico de la enfermedad, comenzando a entender que puede venir de dentro de ellos mismos.⁹ Aquí va a tener un papel fundamental la interacción comunicativa con adultos, para lograr el entendimiento de la enfermedad y adaptación al entorno hospitalario, ya que ambos pueden generarles alteraciones emocionales y comportamentales.⁸

La gran parte de los niños atendidos en urgencias nunca han tenido contacto con servicios hospitalarios, para ellos no es un ambiente familiar, lo que puede complicar la atención enfermera.¹⁰ De acuerdo con Martínez, en torno al 35% de los pacientes pediátricos evidencian ansiedad durante su estancia en el centro sanitario.⁹ La ansiedad

se caracteriza por gran inquietud y miedo que permanece una vez que el factor estresante ha desaparecido, pudiendo convertirse en una fuente de sufrimiento que es necesario controlar. Por otro lado, el estrés es un sentimiento de tensión física y emocional para afrontar situaciones de peligro o riesgo, que es ocasionado por la presencia de dicho factor estresante.¹¹ Es provocada en la mayoría de los casos por el temor de los niños escolares a lo desconocido y la incertidumbre ante procesos de diagnóstico y tratamiento.¹² Corresponde habitualmente con la acogida, momento en el que el estrés se encuentra especialmente elevado, por desconocimiento de lo que se aproxima y miedo a los daños corporales.⁹

El dolor es otro factor que aumenta la ansiedad. Son capaces de localizarlo, describirlo y relacionarlo de manera sencilla con la enfermedad. Aunque, en ocasiones no lo refieren como estrategia para evitar las consecuencias, pues creen que les va a ocasionar mayor dolor el procedimiento o tratamiento. Además, muestran mayor preocupación por la incapacidad secundaria al dolor.¹² Una cuestión relevante a tener en cuenta es que la enfermera sea honesta en la preparación de cualquier procedimiento potencialmente doloroso.³ Desde la exploración física, los niños realizan muchas preguntas, acerca de cada intervención y sobre su cuerpo. Los más temidos son los invasivos, como la utilización de agujas.¹²

Por otro lado, ser evaluado y tratado por diversos profesionales que desconoce, y encontrarse en un medio extraño fuera de su control, influye en el aumento del estrés. Teniendo en cuenta el mobiliario, camillas, sillas de ruedas, instrumental, monitores, vestimenta de los profesionales, medicación con mal olor y sabor, cambio de las dinámicas, tiempos vacíos y actividades de ocio restringidas.⁹ Sin embargo, el contexto sanitario puede ser un factor amortiguador si el espacio en el que se atiende al niño se desarrolla en un ambiente acogedor, agradable y tranquilo, con decoración atractiva, pero sobre todo con un trato adecuado por parte del equipo sanitario.

El comportamiento del niño está condicionado además, por sus características personales: edad y desarrollo (a medida que poseen más capacidades cognitivas comprenden mejor la situación), actitud ligada a la de sus padres, valores familiares y vivencias previas de enfermedad y hospitalización. La adopción de una u otra actitud va a estar influida, asimismo, por dos aspectos: la evaluación que realiza durante el primer contacto con enfermería, y su percepción del acontecimiento vivido y malestar.^{8, 9} En relación con un estudio realizado en Suecia sobre las *Interacciones entre niños y*

enfermeras pediátricas en la unidad de urgencias es importante tener en cuenta cómo la actitud de los niños está influida por la de los padres, interpretando su comportamiento. Como ejemplo, si ellos se muestran inseguros, los niños lo mimetizarán, lo que influirá negativamente en el trabajo de la enfermera y la cooperación con el niño.¹⁰

Los niños escolares durante la estancia en la unidad de urgencias pueden experimentar un impacto a nivel psicológico, manifestado a través de alteraciones comportamentales (agresividad y llanto o por el contrario resistencia pasiva con respuestas de evitación, mirando a otro lado) o emocionales (ansiedad, miedos, temores, apatía y nervios). Si el acontecimiento es muy traumático para ellos, pueden llegar a desarrollar una regresión, realizando actividades y comportamientos de etapas anteriores, ya que se sienten más seguros en situaciones que tenían controladas.^{9, 13} Además, hay que tener en cuenta que la habilidad de estos niños para adaptarse al entorno hospitalario y entender la situación que les rodea es más limitada que la de los adultos.¹⁰

En todas las etapas de la infancia, la enfermedad incide también en el bienestar psicológico de sus familiares⁸, por ello el abordaje de la enfermedad pediátrica debe hacerse en contexto familiar.

La familia

La presencia de los padres y su participación en los cuidados hacen que se refuerce su relación y se reduzca la ansiedad de ambos.¹⁴ Según un estudio realizado por el Hospital Universitario Gregorio Marañón, la presencia de los padres en procedimientos de enfermería en la mayoría de los casos es positiva y beneficiosa para los niños, disminuyendo el nivel de ansiedad, aumentando el número de técnicas satisfactorias y mejorando las relaciones interpersonales familia-niño-enfermera.¹⁵ Por otro lado, teniendo en cuenta la Carta Europea de los Derechos del Niño Hospitalizado se puede afirmar el "Derecho a estar acompañado de sus padres o de la persona que lo sustituya el mayor tiempo posible durante su permanencia en el hospital".¹⁶

Junto a todo expuesto hasta el momento, es necesario considerar la incidencia que la patología del niño ocasiona en la familia. Las reacciones en sus miembros van a ser distintas, aunque la mayoría atraviesan las cinco fases de adaptación (negación, ira, pacto, depresión y aceptación). En concreto, ante el diagnóstico, prevalente en urgencias, la respuesta suele ser de shock, negación y pánico, mezclándose sentimientos positivos y negativos, como el deseo de ayudar y culpabilidad al mismo tiempo. Los

padres responderán en base a su cultura, conocimientos, sistemas de apoyo y experiencias previas, además de en función de la patología diagnosticada, tratamiento y respuesta del niño.^{9, 14} La forma de reaccionar de las familias son muy diferentes, desde una respuesta desadaptativa hasta una adaptación rápida a la situación.

Las familias resilientes son aquellas capaces de adaptarse y sobreponerse ante acontecimientos desestabilizadores, movilizan sus recursos y mantienen sus emociones y circunstancias bajo control. Froma Walsh en 1998 define el concepto de resiliencia familiar como “los procesos interactivos que fortalecen al individuo y a la familia en el transcurso del tiempo”.¹⁷ Sin embargo, en ocasiones se dan otros tipos de afrontamiento familiar disruptivos. En primer lugar, la sobreprotección, hace que los niños sean dependientes y se refugien en la familia, demandando una atención permanente. Por otro lado, el afrontamiento de aquellas familias, que adoptan conductas desafiantes, inconscientes del posible riesgo que puede desencadenar en el niño.⁹ Por último, las familias también pueden optar por adquirir una actitud pasiva. Las familias con respuestas disruptivas tienen por lo general una disposición menor a escuchar la información ya que tienen su propia visión del acontecimiento, lo que interfiere en la comunicación terapéutica con el niño.¹⁰

Dichas situaciones deben ser reconocidas por la enfermera y procurar generar un clima de confianza y seguridad. Para ello la comunicación terapéutica puede ser una de las estrategias más adecuada y pertinente.

Comunicación terapéutica

La Real Academia Española define el concepto de comunicación como “la acción y efecto de comunicar o comunicarse”.¹⁸ Por otro lado, Jiménez Cruz J.R. identifica los componentes principales que se dan en dicho proceso: “emisor, receptor, interfaces, canal o medio, mensaje, realimentación y los flujos de estos componentes”.¹⁹ La comunicación va a estar condicionada por los factores socioculturales e individuales tanto del emisor como del receptor. De tal forma que las percepciones personales, ámbito cultural y valores influirán en la manera en la que se establezca.^{20, 21}

Hay que saber diferenciar la comunicación terapéutica de una comunicación social. La primera se emplea para establecer una relación de ayuda, donde la responsabilidad de que la comunicación sea eficaz recae en la enfermera. Sin embargo en la comunicación social se establece en todos los ámbitos de la vida y la responsabilidad de la calidad de

la comunicación depende de las dos o más personas que estén interaccionando. Es por tanto, un error pensar que en la comunicación terapéutica el paciente tiene un 50% de responsabilidad. Un ejemplo sería: si un amigo en una comunicación social nos habla con agresividad, podría enfadarnos, pero en la comunicación terapéutica si un paciente se le ve con cierta agresividad se interpretaría como una manifestación de su malestar y nos ayudaría a trabajar con él. Por lo tanto, pensar de manera terapéutica y no social es la mejor estrategia para el profesional enfermero.²²

La comunicación es el pilar fundamental del cuidado enfermero. Tiene como objetivo que el paciente sea capaz de afrontar su problema de salud y mejore su calidad de vida, sumado a la mejora del enfermero como profesional. Para que se establezca una correcta comunicación terapéutica es necesario que el profesional de enfermería tenga desarrolladas una serie de habilidades, aptitudes y actitudes, y, además, el mensaje que comprende el receptor corresponda con la intención del emisor al emitirlo.²³

Las primeras referencias de comunicación terapéutica remontan al año 1952 con la *Teoría de las relaciones interpersonales* desarrollada por Hildegard Peplau. Se trata de una perspectiva nueva del cuidado que tiene como base las relaciones enfermera-paciente, con la intención de que se afronten los problemas de manera conjunta y no sólo la enfermedad como tal: “las intervenciones de las enfermeras son procesos interpersonales terapéuticos y significativos para la persona y los cuidados han de ser individualizados, haciendo especial hincapié en la relación humana entre la enfermera y la persona necesitada de ayuda”.²⁴

Para entablar una correcta comunicación terapéutica, el profesional debe tener una visión holística del cuidado. Es decir, además de realizar las intervenciones y técnicas enfermeras necesarias para mejorar su calidad de vida, debe conocer y desarrollar unas habilidades para establecer una relación de ayuda.^{19, 21, 25} Carl Rogers la define como “aquella relación en la que uno de los participantes intenta hacer surgir de una o ambas partes, una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes del individuo y un uso más funcional de estos”.²³

La relación de ayuda "ideal" es la basada en la persona y no en la enfermedad, conocido como relación empática.¹⁹ Nos vemos reflejados e identificados con el paciente, incorporamos elementos de su experiencia a la nuestra y somos capaces de adaptarnos a la implicación emocional, siempre y cuando mantengamos una distancia para evitar sentimientos de culpa.²⁰ La primera mención del concepto de empatía fue realizada por

Robert Vischer en 1873, utilizando el término alemán *Einfühlung*, que significa sentirse dentro de. Coloquialmente se utiliza la expresión "ponerse en la piel del otro" para hacer referencia a la empatía. Una persona es empática cuando tiene la capacidad de comprender lo que piensan y sienten los demás, actitud muy beneficiosa para el bienestar personal del otro, al sentirse escuchado y comprendido. Para servir de ayuda hay que ponerse en el lugar de la otra persona, pero no hacer nuestro su estado emocional, es decir, hay que empatizar pero no contagiarnos emocionalmente. Es imprescindible establecer esta diferencia, ya que al contagiarnos de las emociones del paciente puede llevarnos al malestar personal, lo que a su vez podría ser perjudicial para ambos, pues nos sentimos peor y no somos capaces de ayudarlo.²⁶ En ocasiones, a consecuencia de tener un tiempo limitado, resulta difícil establecer un ambiente tranquilo y de confianza, en el que la enfermera no es capaz de preparar al niño y establecer una relación de ayuda. Aún así, se ha demostrado que en un mínimo espacio de tiempo se podría establecer, lo que ahorraría tiempo más adelante en la realización de los cuidados.¹⁰ En relación a ello, Gay en 1991 sugiere que "unas pocas palabras bien elegidas y sin ambigüedades", junto con el tiempo empleado para demostrar el procedimiento, a menudo serán eficaces para asegurar un resultado exitoso para el niño.³ Esta relación enfermera-paciente facilita el crecimiento personal y profesional, obteniendo un beneficio mutuo.²⁰

El proceso de información al paciente y familiares en urgencias pediátricas reúne una serie de características especiales ya que se desarrolla en un entorno percibido como hostil por el paciente pediátrico.² La comunicación con los niños va a ser fundamental para que entiendan lo que les está pasando, evitando que generen ansiedad o estrés y sea posible una buena adaptación al entorno hospitalario.²⁷ Hay dos momentos en los que hay que tener especial atención con la comunicación: el triaje y la atención sanitaria.

En el primer encuentro, la acogida es imprescindible para transmitir confianza y mediante una actitud empática hacer ver que entendemos su situación de vulnerabilidad. Además de la empatía, se deben tener en cuenta otras habilidades para establecer una adecuada comunicación. La escucha activa es esencial para que el niño se sienta y sea escuchado.²⁰ ¿Qué se entiende por escucha activa?, como refleja una cita de Carl Rogers "no olvidemos que escuchamos no solamente con nuestros oídos, sino también con nuestros ojos, con nuestra mente, con nuestro corazón y con nuestra imaginación". Es decir, se debe emplear un esfuerzo que no es necesario para simplemente oír, y así

entender no sólo el contenido, sino la totalidad del mensaje, teniendo en cuenta los elementos no verbales. Para escuchar activamente es necesario: dejar de hablar para poder escuchar; conseguir un clima de confianza (a través de una relación empática); y demostrar nuestro interés, adquiriendo una posición abierta (no cruzarse de brazos, evitar dar la espalda y barreras físicas), mediante un tono de voz adecuado, movimientos afirmativos de cabeza, contacto ocular, permitir que exprese sus sentimientos y vivencias desde el respeto sin interrupciones. Además, evitar distracciones (cerrar las puertas, teléfono en silencio, evitar zonas con mucho ruido, privacidad..); emplear el tiempo necesario para hablar con cada niño y su familia, para ello tener en cuenta del que disponemos y sobre todo ser paciente con ellos; conducir la conversación, siendo útil realizar preguntas o resumen de lo hablado; tener un buen dominio de nuestras emociones evitando criticar y argumentar en exceso; realizar preguntas para demostrar que le escuchamos y averiguar más información; por último, saber gestionar el silencio, ya que es un componente esencial de la escucha activa.²⁸ El uso de preguntas abiertas es esencial para mantener una actitud receptiva, abierta y comprensiva, evitando entonaciones muy bajas y pausar repentinamente la conversación para finalizar el diálogo.⁸

El lenguaje debe ser apropiado a la comprensión del niño y su familia, sin uso de tecnicismos ni datos numéricos. La información debe ser clara y concisa, evitando dar demasiada en poco tiempo, ya que en situaciones de estrés no son capaces de retenerla, incluso puede ser recomendable repetir lo importante. Es necesario tener en cuenta el lenguaje no verbal ya que este tipo de información supone un 70% del contenido transmitido en un primer contacto, nos sirve para verificar su información y mostrar interés por nuestra parte.²⁹ En estas ocasiones, cuando hay una incongruencia entre el lenguaje verbal y no verbal (decimos que está bien pero mostramos nerviosismo, inquietud, hablamos de manera entrecortada e incluso palidez) los pacientes siempre harán caso al no verbal, en muchas ocasiones de forma inconsciente, de ahí la importancia de ser conscientes de los que comunicamos no verbalmente.²⁶ Para ello, la enfermera puede emplear una simple sonrisa, utilizar gestos cariñosos o incluso hacer bromas para animar a los niños.⁸ También será importante evitar las interferencias físicas (ruidos, espacio, distancia,..), y las actitudinales (juicios de valor, prejuicios sociales, estereotipos,..).²¹

Tras la realización del triaje, debemos ser partícipes el mismo equipo, en la medida de lo posible, en las todas las intervenciones para así lograr un clima de confianza. Desde la preparación del box, hasta la exploración física y preparación de procedimientos. Al realizar técnicas, se puede pedir al menor su colaboración, puede incluso ayudarnos en algunas de ellas, así generamos en él un sentimiento de participación activa en su cuidado.² Los niños que no están involucrados en su cuidado, pueden experimentar una pérdida del control, disminuir su seguridad y es probable que experimenten más dolor e incomodidad que aquellos que si lo estén. Es esencial que el niño se sienta importante y no ignorado.^{8, 10} La información de dichos procedimientos irá acompañada de preguntas y la opinión del niño será tomada en cuenta.² La convención de los derechos de los niños, en el artículo 12, resalta el derecho a que el niño pueda expresar su opinión en todos los asuntos que lo afectan, que ésta sea tomada en cuenta, en función de su edad y madurez.³⁰

También hay que destacar la efectividad que tiene distraer y dar información para disminuir la percepción del dolor y discomfort.¹⁰ Una de las estrategias que ayudan a los niños a entender, verbalizar lo que sienten y comprender los procedimientos es el uso del juego terapéutico. El juego es considerado un elemento vital en el crecimiento del niño, siendo la forma en la que se comunica en el entorno en el que vive y expresa sus sentimientos, lo que le lleva al desarrollo de su propia personalidad. Esta intervención de juego en el ámbito de la enfermería conlleva un clima más agradable, que ayuda en la gestión del estrés, el temor y la ansiedad experimentada por los pacientes pediátricos y sus familias durante la hospitalización, favoreciendo el afrontamiento de la situación y una respuesta positiva ante la misma. Además, mejora la comunicación y el vínculo con el niño y la familia, permite la aceptación y colaboración en determinadas intervenciones y reduce el tiempo de recuperación en servicios de urgencia y emergencia hospitalaria. De hecho, un estudio realizado por la Universidad de Hong Kong en niños hospitalizados de 3 a 12 años, concluyó que aquellos niños que mostraron niveles más bajos de ansiedad y menos emociones negativas fueron los que recibieron intervenciones de juego en el hospital. En definitiva, el juego promueve beneficios para el niño, ya que es parte de su desarrollo y una necesidad básica en la infancia.^{13, 31} Como estrategia, sería recomendable iniciar la atención en urgencias de manera atractiva, por ejemplo, iniciando un juego o distrayendo al niño hablando de temas divertidos.¹⁰

Además, es importante que se transmita orden, coherencia y sentido, ante la incertidumbre y fragilidad que los niños presentan, así como garantizar una buena información a la familia. Tras el diagnóstico de una patología pediátrica, se producirán alteraciones estructurales, reflejadas en cambios de los roles y funciones de los componentes del núcleo familiar. Aparece un nuevo rol en la persona que se encarga del cuidado del niño enfermo, denominado "cuidador primario". Los profesionales le debemos ayudar y formar para que sea capaz de afrontar la situación e identificar las necesidades del niño. Debemos evitar su sobrecarga, e incidir en que descanse y se tome momentos de respiro. Normalmente se desarrolla una relación muy estrecha entre el cuidador y el niño, pudiendo quedar excluidos otros familiares como los hermanos. En ocasiones aparece la sobreprotección, sobre todo si se trata de un niño de corta edad, tendrá la actividad y su propia vida más limitada ocasionándole cierta frustración.¹⁴

Por otro lado, el desconocimiento de los padres sobre la enfermedad puede provocar desconfianza hacia el profesional, por lo que será imprescindible brindar información concisa y esperanzadora, para que se establezca una comunicación terapéutica de calidad y evitar conflictos innecesarios. Enfermería debemos acompañar y ayudar a la familia. El objetivo es que sea capaz de gestionar las necesidades y cuidados del niño, que participe en su tratamiento, y que comparta responsabilidades con el equipo sanitario, mediante un buen control de la enfermedad. De este modo se asegura una mejor calidad de vida del niño y su integración a nivel social y escolar.¹⁴ Se ha demostrado que la calidad de la comunicación terapéutica en la unidad de urgencias afecta directamente a la satisfacción de la familia y el niño, de modo que cuanto peor calidad tengan, mayor discomfort presentarán.¹⁰

La falta de comunicación con el paciente y su familia, provoca la no adhesión al tratamiento, el olvido de instrucciones, el retraso en la búsqueda de ayuda y el agravamiento de la enfermedad. Sin embargo, una buena comunicación terapéutica garantiza que el paciente tome medidas y estrategias preventivas, disminuye la ansiedad, mejora sus habilidades de cuidado, mejora la adhesión al tratamiento y en definitiva una disminución del tiempo de recuperación. Cabe destacar, por tanto, el potencial de curación de la relación terapéutica.^{8, 20}

No podemos olvidar el hecho de que las habilidades y actitudes necesarias para establecer una correcta relación terapéutica se desarrollan mejor en aquellos profesionales sanitarios que reciben formación y entrenamiento al respecto.

Formación continuada

Adquirir conocimientos y desarrollar habilidades y actitudes en comunicación terapéutica proporciona a los profesionales de enfermería las herramientas necesarias para mejorar la calidad de los cuidados prestados.^{25, 28} Según cita Berner en 1984, las habilidades son "actividades más o menos complejas que requieren un periodo de formación y práctica para que se realicen adecuadamente".³

Es importante que el cuidado sea holístico, es decir, teniendo en cuenta la globalidad de la persona, sin olvidar el aspecto psicosocial.²⁰ Para conseguir que, tanto la comunicación como la relación terapéutica sean efectivas, es fundamental el entrenamiento de los profesionales sanitarios. Las escuelas e instituciones deben responsabilizarse de proporcionar dicha formación a las enfermeras, para que el trato, la información, clima, tiempo de espera, y satisfacción en un servicio de urgencias sean positivos.^{25, 32, 33} La dificultad reside en aquellos profesionales que no han recibido formación específica en técnicas de comunicación terapéutica ni relación de ayuda, pues, tienden a imitar lo que observan en su entorno sanitario. Esta situación supone una falta de habilidades comunicativas, ya que no se mejora sólo a través de la experiencia.^{22, 34}

El artículo mencionado previamente de las *Interacciones entre niños y enfermeras pediátricas en la unidad de urgencias* realizado en Suecia en 2015 determina la importancia de implementar medidas que sean efectivas para capacitar en comunicación con pacientes pediátricos al profesional de enfermería. Asimismo, destaca que son las enfermeras, quienes tienen que encontrar un método por sí mismas para comunicarse con los niños de manera eficaz.¹⁰

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, hace especial hincapié en la formación continuada, definiéndola como "el proceso de enseñanza y aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios, que se inicia al finalizar los estudios de postgrado o de especialización y que está destinado a actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios ante la evolución científica y tecnológica y las demandas y necesidades, tanto sociales como del propio sistema sanitario".³⁵ Por otro lado, la OMS manifiesta que "es necesario que los profesionales de salud mantengan una formación continuada con la finalidad de adaptarse y tomar parte activa en los cambios a introducir en los sistemas, en la medida en que influyen sobre su

evolución personal y económica y sobre su práctica cotidiana".¹ De estas definiciones se deduce el papel imprescindible que ocupa la formación continuada a lo largo de la vida profesional para el desarrollo de nuevos conocimientos, habilidades y actitudes aplicables al trabajo cotidiano, siendo además, un deber acreditar regularmente la competencia profesional.

Se puede determinar que la formación continuada es significativa en el desarrollo de estrategias para establecer una correcta relación terapéutica enfermera-paciente. Por otro lado, impartir la formación y evaluarla, ayuda a las enfermeras a prestar una atención centrada en el paciente, y servir de apoyo a la familia.³²

Tras realizar cualquier intervención formativa, cabe destacar la importancia de la realizar una evaluación, cuya finalidad se orienta a tres aspectos: cumplir con los objetivos educativos, mejorar la acción formativa y determinar el retorno de la inversión realizada

En 1994 Kirkpatrick propone un nuevo modelo para la evaluación de la actividad formativa, conocido como el *Modelo de los cuatro niveles*, muy útil para la evaluación de programas de formación, ya que está orientado a evaluar el impacto que produce. Se evalúa, tal y como su propio nombre indica a través de cuatro niveles:

- Evaluación de la reacción de los participantes, es decir, si la intervención es eficaz, los participantes reaccionan favorablemente y aumenta su satisfacción.
- Evaluación del aprendizaje conseguido para comprobar el nivel de conocimientos y habilidades adquiridas y qué actitudes son modificadas.
- Evaluación del nivel de transferencia alcanzado para detectar si las competencias adquiridas se aplican en el entorno del trabajo y se mantienen a lo largo del tiempo. Permite demostrar que la formación aporta una mejora de sus participantes y beneficios a la organización.
- Evaluación del impacto resultante: tradicionalmente basado en criterios económicos (mayor productividad), pero también se debe tener en cuenta el conocimiento producido, la capacidad de innovación que genera y la confianza de las personas empleadas. Otro objetivo es determinar cómo la falta de formación puede tener un impacto perjudicial en la organización.³⁶

1.2. Justificación

Establecer una comunicación terapéutica con el paciente y familia es un requisito imprescindible para garantizar una atención óptima en la unidad de urgencias pediátrica. Para ello los profesionales enfermeros deben poseer unos conocimientos, unas habilidades y unas actitudes determinadas que les permitan establecer este tipo de relación.²¹

Dichos conocimientos, habilidades y actitudes pueden ser desarrollados mediante intervenciones formativas orientadas a tal fin. Cabe destacar la importancia de formación en enfermeras de urgencias pediátricas sobre habilidades de comunicación con el paciente pediátrico ya que, desde la propia experiencia, he observado que parte del personal trabaja como "robots", limitándose a realizar técnicas, y dejando de lado la relación terapéutica.

1.3. Delimitación del problema de investigación

Objetivo principal

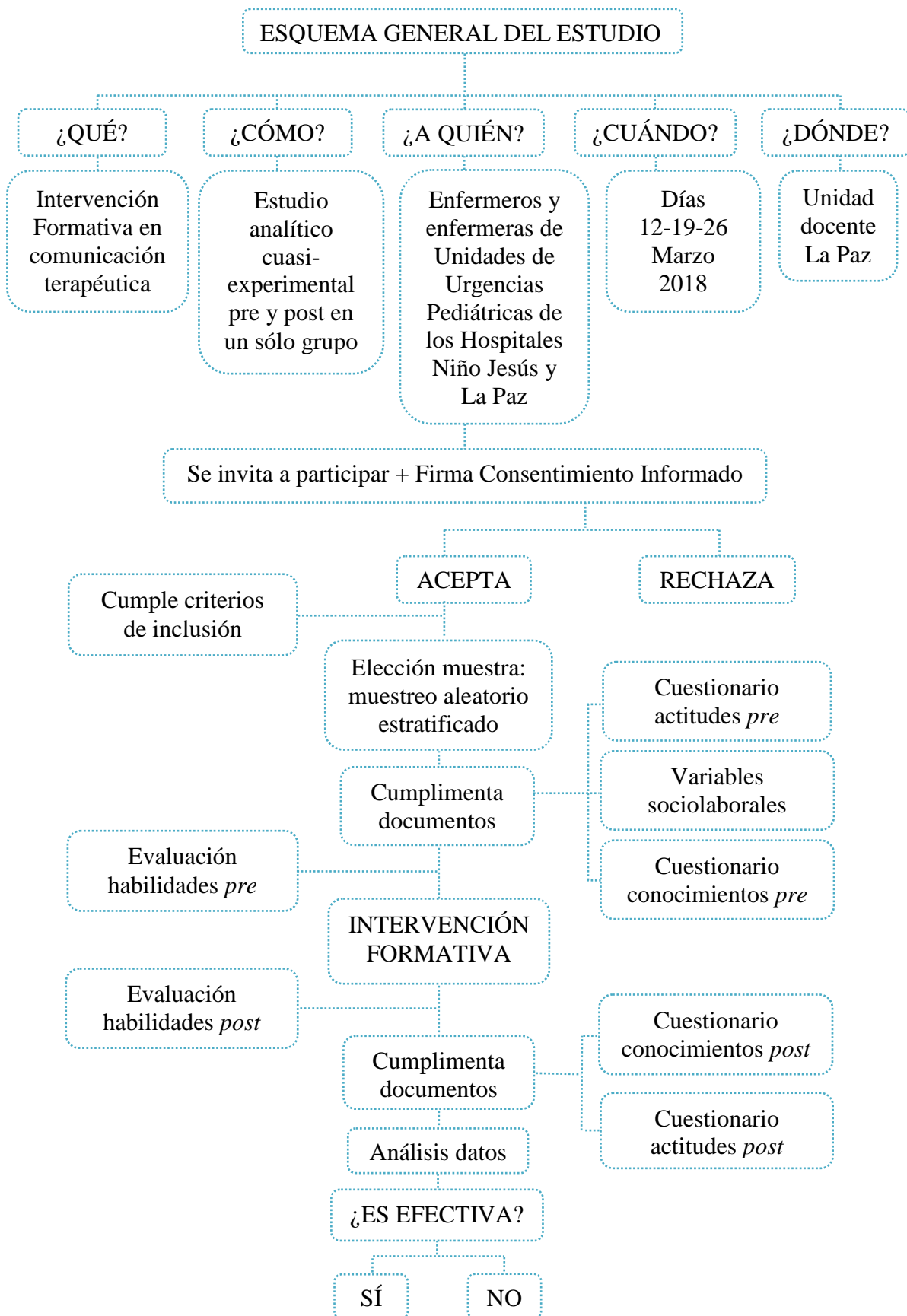
Evaluar la eficacia de la intervención formativa de comunicación terapéutica en los enfermeros y enfermeras del servicio de urgencias pediátricas en el Hospital Universitario La Paz y el Hospital Universitario Niño Jesús, hospitales de referencia de la Universidad Autónoma de Madrid.

Hipótesis

Se espera que la intervención formativa sea capaz de mejorar los conocimientos, las habilidades y las actitudes relacionados con la comunicación terapéutica. Siendo "A₀" el grupo de personal previo a la formación, y "A₁" el mismo grupo una vez se ha realizado dicha intervención:

- Hipótesis nula (H₀): No se produce ningún cambio en los conocimientos, habilidades y actitudes una vez realizada la intervención formativa de los enfermeros y enfermeras del servicio de urgencias del Hospital Universitario La Paz y del Hospital Universitario Niño Jesús. (A₀ = A₁)
- Hipótesis de investigación o alterna (H₁): Si se observan cambios en los conocimientos, habilidades y actitudes una vez realizada la intervención formativa de los enfermeros y enfermeras del servicio de urgencias del Hospital Universitario La Paz y del Hospital Universitario Niño Jesús. (A₀ ≠ A₁)

2. METODOLOGÍA



2.1. Diseño

Enfoque cuantitativo, diseño cuasiexperimental con medida pre y post, intervención en un sólo grupo.

2.2. Ámbito y periodo

El contexto del estudio está situado en la Unidad de Urgencias Pediátricas del Hospital Universitario La Paz y del Hospital Universitario Niño Jesús.

El Hospital La Paz es un centro hospitalario público de tercer nivel, reconocido como centro de referencia sanitaria. Se encuentra situado en la zona norte de la ciudad, y depende de la Comunidad de Madrid. ²

Por otro lado, el Hospital Niño Jesús es centro hospitalario pediátrico de referencia nacional, de tercer nivel. También pertenece a la Comunidad de Madrid, se sitúa en el centro de la ciudad. ³⁷

Esta investigación se llevará a cabo en el año 2018 en el mes de Marzo.

2.3. Población

La población diana del estudio está formada por todos los profesionales de enfermería pertenecientes a ambos servicios de Urgencias Pediátricas. El equipo de La Paz consta de un total de 20 (N₁) enfermeras y enfermeros y el del Niño Jesús está formado por 30 (N₂) profesionales de enfermería, por lo tanto tenemos una población de 50 (N_T) sujetos.

Se invitará a participar a todos los componentes de los dos equipos de enfermería. Para delimitar la población de estudio, se establecen los siguientes criterios de inclusión:

- Todos los enfermeros y enfermeras que pertenezcan a estos hospitales y trabajen en la Unidad de Urgencias Pediátricas
- Participación voluntaria

Por otro lado, quedarán descartados del estudio, aquellos participantes que cumplan los siguientes criterios de exclusión:

- No completen la actividad formativa en su totalidad

2.4. Muestra

Los participantes del estudio serán seleccionados a través de un muestreo aleatorio estratificado para garantizar que sea representativa de la población. La selección se

efectúa mediante elección al azar de 20 (n_T) profesionales de manera aleatoria, del total 50 (N_T). Se hará un listado por orden alfabético de los componentes del equipo de ambos hospitales, de tal forma que se elegirán aquellos que se encuentren en la casilla: SÍ de las tablas de elección de la muestra de números aleatorios. (Ver Anexo 1).

Tabla I: Población y muestra

Hospital	Población	Porcentaje	Muestra
La Paz	$N_1 = 20$	40%	$n_1 = 8$
Niño Jesús	$N_2 = 30$	60%	$n_2 = 12$
TOTAL	$N_T = 50$	100%	$n_T = 20$

2.5. Variables

Variable dependiente

Los conocimientos, habilidades y actitudes que tienen las enfermeras en comunicación terapéutica

Variables independientes

- Factores sociodemográficos: sexo, edad, tener hijos.
- Situación laboral: hospital de trabajo, años de experiencia como enfermera, tiempo de permanencia en el servicio de urgencias pediátricas (U.P.), temporalidad del trabajador, formación académica, formación en comunicación terapéutica (C.T), percepción del conocimiento, habilidades y actitudes en comunicación terapéutica.

Tabla II: Variables sociolaborales

VARIABLE	ESCALA	CLASIFICACIÓN	MODALIDADES
Sexo	Nominal	Cualitativa dicotómica	Mujer, Hombre
Edad		Cuantitativa discreta	Años
Hijos	Nominal	Cualitativa dicotómica	Si, No
Hospital	Nominal	Cualitativa dicotómica	H. La Paz, H. Niño Jesús
Experiencia	Intervalo	Cuantitativa discreta	>1 año, >5 años, >10 años, >15 años
Permanencia servicio U.P.	Intervalo	Cuantitativa discreta	>1 año, >5 años, >10 años, >15 años
Tipo de contrato	Nominal	Cualitativa dicotómica	Contrato indefinido, Contrato temporal

Tabla III: Variables sociolaborales (continuación)

VARIABLE	ESCALA	CLASIFICACIÓN	MODALIDADES
Formación académica	Ordinal	Cualitativa politómica	Grado/Diplomatura, Máster, Doctorado, Especialidad
Formación en C.T.	Nominal	Cualitativa politómica	Universidad: Si, No Post-Universidad: Si, No
Percepción de C.T.	Nominal	Cuantitativa discreta	0 - 10

2.6. Métodos para la recogida de datos

Los datos se recogerán en el transcurso de una intervención formativa diseñada para mejorar los conocimientos, habilidades y aptitudes en comunicación terapéutica.

Previo a la recogida de datos, se informará a todos los participantes del objetivo de la intervención, se solicitará su participación voluntaria mediante un consentimiento informado y se garantizará la confidencialidad de los datos con un uso exclusivo de los resultados para la investigación. (Ver anexo 2)

2.6.1. Instrumentos

Para la evaluación de los **conocimientos** se va a emplear un cuestionario elaborado ad-hoc: *Cuestionario para la valoración de los Conocimientos en Comunicación Terapéutica*. Consta de 20 preguntas de cuatro opciones de múltiple respuesta en las que sólo existe una correcta. (Ver anexo 3)

Por otro lado, se utilizará una encuesta elaborada ad hoc para evaluar las **actitudes**: *Cuestionario para la valoración de Actitudes en Comunicación Terapéutica*. Compuesta por 25 ítems, en las que el participante tendrá que indicar del 1 al 10 en función del grado de importancia que le conceda a cada una de las cuestiones o situaciones planteadas. Para la realización de este cuestionario se ha tenido en cuenta la *Escala Jefferson de Actitudes de Empatía del Médico*, la escala *Families' Importance in Nursing Care* y el libro de Clara Valverde *Comunicación terapéutica en enfermería*. (Ver anexo 4) ^{38, 39, 22}

Las **habilidades** se evaluarán mediante una parrilla de observación. Se evaluará si se cumplen o no los siguientes indicadores: mira a los ojos cuando se comunica con ellos, se sitúa a la altura del niño, escucha activa sin interrumpir, se dirige al niño por su nombre, no usa de tecnicismos, distrae al niño mientras realiza la técnica (juego

terapéutico), da información adecuada a la comprensión del niño, permite a la familia que se quede a lo largo del procedimiento, se dirige al paciente con voz serena, se presenta por nombre y función. (Ver anexo 6)

Asimismo, es importante destacar que, para poder comparar la información recogida pre y post intervención cada participante utilizará un número clave para identificarse. Se tratará de un código de 4 números que ellos elijan, para así evitar su olvido.

2.6.2. Procedimiento para la recogida de información

Los datos se recogerán en el transcurso de la intervención formativa *Mejorar La Comunicación Terapéutica en Unidades de Urgencias Pediátricas*.

Para evaluar las habilidades se contará con la colaboración de un equipo previamente entrenado formado por seis colaboradores que realizará una simulación y otros dos que se encargarán de la observación y la evaluación. Dicho personal se dividirá en dos salas, de tal forma que en cada una se encontrarán tres colaboradores y un observador. La simulación consistirá en interpretar la siguiente situación: un niño de 10 años está muy nervioso y gritando porque no quiere que le pinchen, ante la presencia de sus padres (también un poco alterados) el participante tendrá que intentar calmar y convencer al niño, ponerle una vía y administrar la medicación correspondiente. Se realizará el mismo día que comienza la primera sesión y en la última, empleando dos horas y media cada día para evaluar a los 20 participantes. Lo realizarán de manera individual, de tal forma que no pueda influir la actuación de los compañeros.

La información relacionada con los conocimientos y actitudes será recogida mediante los instrumentos previamente referenciados antes de iniciar la intervención formativa y una vez ha finalizado la misma. La entrega y recogida de los cuestionarios se llevará a cabo a través del responsable de la investigación u otro personal autorizado por el investigador.

Además, se les entregará un documento para recoger las variables sociolaborales y se recogerá el *Consentimiento Informado* ya firmado, pues se entregó a cada participante una vez seleccionada la muestra. Ambas herramientas están elaboradas ad hoc. (Ver anexos 2 y 7)

Por último, se medirá el nivel de satisfacción de los participantes una vez terminada la intervención a través de un cuestionario. (Ver anexo 8)

2.6.3. Intervención formativa

- Objetivo: que los enfermeros y enfermeras adquieran conocimientos y actitudes, y desarrollen habilidades, en la comunicación terapéutica.
- Título: *Mejorar La Comunicación Terapéutica en Unidades de Urgencias Pediátricas*
- Duración: tres sesiones con 5 h cada día. Total de 15 horas. Se realizará el lunes de tres semanas consecutivas, para no perder la continuidad de la materia. En cada sesión se realizará un descanso aproximado de 15 a 20 minutos, modificable por el docente.
- Lugar de impartición: Unidad Docente de La Paz
- Formadora: alumna que ha elaborado la intervención.

Tabla IV: Calendario Intervención Formativa

	FECHA	PROGRAMACIÓN
1º SESIÓN	Lunes 12 de Marzo 2018	<ul style="list-style-type: none">- 16:00h a 16:15h: Presentación- 16:15h a 18:45h: Evaluación habilidades. Cuestionarios de conocimientos, actitudes y variables sociolaborales- 18:45h a 19:00h: Descanso- 19:00h a 21:00h: Clase teórica <i>Comunicación Terapéutica</i>
2º SESIÓN	Lunes 19 de Marzo 2018	<ul style="list-style-type: none">- 16:00h a 17:00h: Relato experiencias- 17:00h a 18:30h: Rol-playing- 18:30h a 18:45h: Descanso- 18:45h a 19:35h: Ejercicio práctico: empatía- 19:35h a 20:30h: Ejercicio práctico: escucha activa- 20:30h a 21:00h: Juegos en la práctica enfermera
3º SESIÓN	Lunes 26 de Marzo 2018	<ul style="list-style-type: none">- 16:00h a 16:45h: Relato experiencias- 16:45h a 17:15h: Ejercicio reflexivo: respeto- 17:15h a 17:45: Estrategias- 17:45h a 18:00h: Descanso- 18:00h a 20:30h: Evaluación habilidades. Cuestionarios de conocimientos y actitudes- 20:30h a 21:00h: Despedida y cierre. Cuestionario satisfacción

*Los horarios pueden ser modificados.

Desarrollo Intervención Formativa

Tabla V: 1ª Sesión

1º SESIÓN			Lunes 12-03-2018
16:00h a 16:15h	Presentación	Se llevará a cabo la presentación del personal docente y cada uno de los participantes. A continuación se hará un breve resumen de las tres sesiones que constituyen la intervención formativa, y se recogerá el Consentimiento Informado ya firmado.	
16:15h a 18:45h	Evaluación habilidades. Cuestionario conocimientos, actitudes y variables sociolaborales	Se emplearán dos horas y media en la elaboración de la parrilla de observación y evaluación de las habilidades en Comunicación Terapéutica de cada participante. Una vez realizado, se les entregará una serie de documentos, los cuales tendrán que cumplimentar: <i>Encuesta de Variables Sociolaborales</i> , <i>Cuestionario para la valoración de Conocimientos en Comunicación Terapéutica</i> y <i>Cuestionario para la valoración de Actitudes en Comunicación Terapéutica</i> .	
19:00h a 21:00h	Clase teórica Comunicación Terapéutica	<p>Las últimas dos horas de la sesión, se utilizarán para exponer conocimientos teóricos sobre la comunicación terapéutica, utilizando como herramienta una presentación digital de diapositivas a través de la aplicación <i>Microsoft Office Power Point</i>, creada por la investigadora. Se desarrollarán los siguientes puntos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unidad de Urgencias Pediátricas - El Niño y su Familia - Etapa Escolar - Comunicación Terapéutica - Formación Continuada <p>Tras finalizar la exposición, el docente recomendará realizar un ejercicio reflexivo para la próxima sesión. (*Ejercicio 1)</p>	

* Ejercicio 1

Observe en su trabajo las intervenciones que hacen sus compañeros con los pacientes, e identifique un ejemplo de comunicación social, y otro de comunicación terapéutica. Escriba ambas situaciones en cuanto sucedan, para evitar pérdida de información.²²

Tabla VI: 2º Sesión

2º SESIÓN		Lunes 19-03-2018
16:00h a 17:00h	Relato experiencia	Para reforzar los conocimientos adquiridos en la sesión anterior, cada uno de los participantes contará las intervenciones en comunicación social y terapéutica observadas en la práctica. Se empleará un tiempo inferior a tres minutos por intervención. Para llevarlo a cabo tanto los participantes como la docente se situarán formando un círculo, con el fin de favorecer la comunicación entre ellos.
17:00h a 18:30h	Rol-playing	A continuación, se realizará un <i>Rol-playing</i> : como instrumento para aprender y demostrar los conocimientos aplicándolos en la escenificación de una situación ficticia. Los participantes tratarán de aplicar y adaptar las estrategias de comunicación terapéutica y relación de ayuda explicadas en la anterior sesión. Para ello, se informará a los alumnos del contexto y objetivo. (*Ejercicio 2)
18:45h a 19:35h	Ejercicios prácticos: empatía	Tras el descanso se propondrá realizar un ejercicio en el que cada participante deberá identificar una situación empática y otra no empática de su propia experiencia. Se realizará de manera individual. Para reforzar la empatía de los participantes, se recomendarán realizar otros ejercicios en la práctica diaria. Ayudarán a la persona a ser consciente de su nivel de empatía percibida por los demás y conocer las dificultades de uno mismo. Estos ejercicios son válidos para mejorar la empatía a nivel personal y profesional. Además, se recordarán unas pautas para cuidar el lenguaje no verbal. (*Ejercicios 3.1, 3.2, 3.3)
19:35h a 20:30h	Ejercicio práctico: escucha activa	Los participantes tendrán que hablar sobre su última jornada laboral en parejas. Tendrá cada uno 5 minutos, empleando un total de 10 minutos. La conversación la llevarán a cabo siguiendo las pautas explicadas en el ejercicio 4. Más tarde, se hará una puesta en común, comentando cada participante las dificultades que ha encontrado, y qué cambios han realizado en relación a su escucha activa habitual en la unidad de urgencias pediátricas. Por otro lado, se propondrá un ejercicio para realizar en casa o con amigos, con el fin de fortalecer la escucha activa. (*Ejercicios 4.1 y 4.2)
20:30h a 21:00h	Juegos en la práctica enfermera	Para finalizar el día se explicarán varios juegos adaptados a la etapa escolar, de 6 a los 12 años. Serán muy útiles para lograr la distracción del niño durante la atención en la unidad de urgencias pediátricas. Los participantes los pondrán en práctica en el aula para facilitar el aprendizaje. Mediante la formación de grupos de 4 personas interpretarán los siguientes papeles: niño, enfermera, y presencia familiar (a elección de los participantes). La finalidad es que intenten emplearlos en la práctica diaria, y el próximo día cuenten su experiencia. (*Ejercicio 5)

*** Ejercicio 2**

Contexto: Simularán una situación en la que acude una niña de 8 años a urgencias, tras sufrir un traumatismo en el miembro superior derecho (localizado en la muñeca), no permite que nadie lo inmovilice ni explore. Además, irá acompañada de su madre y su abuela, ambas se muestran muy nerviosas y no se separan de la niña. Dos enfermero/as deben intentar hacerse con la niña y su familia, abordando la situación aplicando técnicas de comunicación terapéutica, para conseguir inmovilizar el miembro, canalizar una vía y administrar medicación intravenosa. Participarán un total de 5 alumnos desempeñando dichos papeles. Duración aproximada de 10-15 minutos. Se prestará material con lo necesario para inmovilizar el brazo, canalizar una vía venosa periférica y para administrar medicación intravenosa.

Objetivo: El resto de la clase se encargará de identificar las estrategias de comunicación empleadas. De manera individual observarán la situación y las clasificarán en una tabla según las consideren positivas o negativas. Más tarde, se realizará una puesta en común, lo que favorecerá el aprendizaje de la teoría dada, ya que observar cómo lo hacen otros promueve el aprendizaje.

*** Ejercicios 3.1, 3.2, 3.3**

3.1 Escriba una situación en la que le haya ocurrido que algún paciente o su familiar no haya empatizado con usted, y otra en la que crea que es usted quien no lo ha hecho. Describa sus sensaciones y emociones en cada caso. Intente explicar lo que observó y cómo se sintió. Indique cómo se comportaría y qué cambiaría si pudiera volver atrás y se encontrara en esas situaciones.

3.2 Pregunte a sus compañeros si le consideran una persona empática y porqué. Puede ayudarse realizando algunas preguntas como: ¿me dirijo y me comporto generalmente contigo con respeto y consideración?, ¿sientes que puedes hablar conmigo de forma abierta?, ¿te sientes juzgado o menospreciado en alguna de nuestras conversaciones?, ¿qué indica mi tono de voz sobre mi actitud?, ¿interrumpo con frecuencia las conversaciones o sientes que no dejo que te expliques?, ¿cómo crees que podría ser más empático?

Nota: en la próxima conversación con un paciente y/o su familia, siga las siguientes pautas para cuidar el lenguaje no verbal: siéntese a hablar a su mismo nivel (no esté de pie si él está sentado, por ejemplo), no cruce los brazos (puede parecer que tiene una actitud cerrada), inclínese un poco hacia él y mírele directamente a los ojos manteniendo las manos a ambos lados del cuerpo (denota interés por lo que está diciendo), utilice un tono de voz amable y cálido.⁴⁰

3.3 *Trate de pasar un día completo con una actitud positiva en todo momento, resaltando aspectos positivos de su entorno laboral. No podrá criticar a nadie ni emitir una palabra negativa hacia nadie.*

La próxima vez que vaya al trabajo comience el día comunicando una noticia agradable a los compañeros que encuentre, acompañándola de una actitud positiva y abierta, intente transmitir alegría y sonría. Cuente una situación cómica que le haya ocurrido o un chiste gracioso a las personas que le rodean en el trabajo. Deje que aparezca la risa y fomente que otros se rían. Observe la reacción del resto del grupo y analice sus beneficios.

Nota: con la risa y humor se facilitan las relaciones agradables, fomentando la empatía. ⁴⁰

*** Ejercicios 4.1, 4.2**

4.1 *Establezca una conversación con un compañero de clase que no conozca, hablen de su última jornada laboral. Centre su atención en la otra persona y en lo que está diciendo, mantenga el contacto ocular, y asiente con la cabeza para asegurar que está escuchando, pero también fíjese en el lenguaje no verbal, que le indicará aquello que "no dice". Intente estar abierto a captar mensajes subliminales o bien ocultos en metáforas. Trate de estar presente en todo momento, evitando distracciones, y muestre interés, respeto y aceptación. Si es necesario, manténgase en silencio, que ello no produzca malestar. Realice preguntas abiertas: ¿cómo te fue el último turno?, ¿cuéntame algo más sobre..?. No cambie de tema bruscamente, no critique, no niegue o ignore los sentimientos de quien le habla, no piense por adelantado lo que le van a decir ni finja que ha comprendido si no es así, demuestre que ha comprendido lo que se le quiere decir. Para ello se puede parafrasear, es decir, repita con sus propias palabras sus pensamientos y emociones para tener la seguridad de que ha entendido lo que querían transmitirle. Escuche con atención el mensaje central del discurso, resúmalos a su modo y exprese sin añadir información nueva.*

Nota: tenga en mente este ejercicio cada vez que establezca una conversación con un paciente o su familia, le ayudará a tener una escucha activa más eficaz. ⁴⁰

4.2 *Pida a un amigo que le escuche 10 minutos sin interrumpirle ni darle consejos. Cuénteles un problema que tenga. Al día siguiente, haga lo mismo con otro amigo y al tercer día, hágalo otra vez con otro amigo. Obsérvese. Cada vez que ha contado el problema, ¿lo ha visto y sentido de la misma manera?, ¿piense qué ha cambiado?, ¿ha descubierto nuevas cosas sobre su problema y sobre usted?²²*

* Ejercicio 5

¿Qué viste ayer? (a partir de 5 años): Se elige un jugador para ser interrogado, los demás harán preguntas. El jugador a quien se va a interrogar escoge una cosa, animal o una persona que haya visto en día anterior y dice, por ejemplo: *¡Ayer vi un animal!*. Los demás jugadores harán preguntas por turno para adivinar qué vio el compañero., quien sólo podrá responder "sí" o "no". El primero que adivine lo que es deberá ocupar su puesto y elegir un nuevo "tema" para ser el siguiente interrogado.

Palabras encadenadas (a partir de 6 años): Se establece un turno de juego, tras el último le vuelve a tocar al primero. El primer jugador dice una palabra cualquiera, por ejemplo: *silla*. El siguiente jugador deberá decir otra palabra que empiece por la letra en que acababa la última palabra dicha, en este caso la "a". Si el segundo jugador dijera: *avión*, el tercero debería empezar a su palabra por "n". El juego continúa hasta que algún jugador repite una palabra.

Sin repetir (a partir de 6 años): Se establece un turno y el primer jugador dice un objeto que esté a la vista. En su turno, cada jugador dice un objeto que esté viendo, poniendo cuidado en que no haya sido dicho. Al cabo de unas cuantas rondas, es realmente difícil acordarse de todos los objetos mencionados. El primero en repetir alguno pierde la partida.

Los contrarios (a partir de 8 años): Un jugador empieza el juego diciendo una palabra a la que se le pueda atribuir otra que sea su opuesto, por ejemplo: *día*. Los demás jugadores deberán contestar el antónimo, en este caso: *noche*. El jugador que responda primero deberá decir una nueva palabra. Si en algún momento se dice una palabra a la que no se le puede encontrar su contrario, por ejemplo: *lápiz*, el primero en hacerlo notar recogerá el turno.

Nota: pueden participar todos en el juego, profesional sanitario, paciente, familia. ⁴¹

Tabla VII: 3ª Sesión

3ª SESIÓN			Lunes 26-03-2018
16:00h a 16:45h	Relato experiencias	Se comenzará la sesión con el relato de cada participante sobre su experiencia en realización de los juegos recomendados con los niños. Tendrán que comentar si han observado cambios en la actitud de los niños, si es así, indicar cuáles. Si la actitud de ellos ha sido percibida como positiva, incidir si lo han visto más colaborador y relajado, y si consideran el juego terapéutico una herramienta útil. Para realizar esta actividad, tanto los participantes como la docente se situarán formando un círculo y favorecer el diálogo.	
16:45h a 17:15h	Ejercicio reflexivo: respeto	A continuación se realizará un ejercicio de reflexión. Para poner en práctica el respeto con el paciente, la mejor manera es imaginarnos cómo nos gustaría ser tratados. Cada participante deberá contestar a las preguntas de manera individual, para ello se destinarán 30 minutos. Para realizar esta actividad, se entregarán fotocopias y material para escribir a los participantes. (*Ejercicio 6)	
17:15h a 17:45	Estrategias	Tras el ejercicio reflexivo, se impartirán unas estrategias encaminadas a evitar tener prejuicios que puedan interferir en la comunicación terapéutica. Se dejarán unos minutos para la reflexión e interiorización de ellas. Se entregará fotocopia de manera individual. (*Ejercicios 7.1 y 7.2)	
18:00h a 20:30h	Evaluación habilidades. Cuestionario conocimientos y actitudes	Las últimas dos horas y media se emplearán para realizar de nuevo la parrilla de observación y evaluar si se han producido cambios en las habilidades en comunicación terapéutica. Se necesitará la presencia de los mismos colaboradores que participaron en la realizada el día 12-03-2018, y que se simule exactamente la misma situación, para así poder analizar los datos obtenidos pre y post intervención. Además, se solicitará que cumplimenten los siguientes documentos: <i>Cuestionario para la valoración de Conocimientos en Comunicación Terapéutica</i> y <i>Cuestionario para la valoración de Actitudes en Comunicación Terapéutica</i> .	
20:30h a 21:00h	Despedida y cierre. Cuestionario satisfacción	Para finalizar, se agradecerá la asistencia y participación en la intervención. Por último se entregará un cuestionario para medir la satisfacción de la intervención formativa en los participantes: <i>Cuestionario de Satisfacción Post-Intervención</i> .	

*** Ejercicio 6**

Está hospitalizado por un fallo renal que le ha ocurrido sin haber tenido problemas previos. Es una sorpresa para usted y para su familia. Se le van a hacer diversos análisis y se va a considerar la posibilidad de empezar a hacerle diálisis y de ponerle en lista de espera para un trasplante de riñón.

- *¿Qué le gustaría que los profesionales supieran de usted?*
- *¿Qué quiere saber del profesional de enfermería que le atiende?*
- *¿Qué no quiere que sepan de usted ni escriban en el historial clínico?*
- *¿Cómo le gustaría que fueran con usted cuando están haciendo intervenciones?*
- *¿De qué quiere hablarles?*
- *¿De qué no quiere hablarles?*
- *¿De qué quiere que le hablen y cómo?*
- *¿De qué no quiere que le hablen?*
- *Cuando van a hacer exploraciones e intervenciones al cuerpo, ¿cómo le gustaría que le trataran?*
- *¿Cómo quiere organizar su espacio en la habitación?*
- *¿Quién quiere que esté con usted?, ¿cómo quiere que traten a esa persona?*
- *Si no puede levantarse para ir al servicio, ¿cómo le gustaría organizar el espacio para hacer sus necesidades?*
- *¿Cómo quiere expresar su miedo, pena o rabia?*
- *¿Cómo quiere que los enfermero/as respondan a su ansiedad?*
- *¿Cómo quiere que respondan a su tristeza?*
- *¿Cómo quiere que respondan a su rabia?*
- *¿Cómo quiere que respondan al malestar que vive su familia?*
- *Es usted de una etnia/cultura diferente a la del profesional de enfermería que le atiende (magrebí, gitana, ecuatoriana..), ¿qué no le gustaría que dijera?, ¿cómo le gustaría que le tratara?*
- *Usted tiene 50 años, el enfermero/a unos 25. ¿Cómo quiere que le llame y le hable?* ²²

*** Ejercicios 7.1, 7.2**

7.1 *Piense en el tipo de pacientes que le hacen sentir incómodo. Haga una lista de los comportamientos, características físicas (color de piel, manera de vestir, etc.), maneras de hablar, estilos de vida y etnia de origen que tienen estos pacientes.*

Cada vez que conozca a un paciente nuevo, piense si algo de él está en su lista. Si es así, recuerde que tiene que hacer un esfuerzo mayor para mostrar empatía y para trabajar de una manera más consciente y eficaz que no dañe la relación terapéutica.

7.2 *Siga las siguientes recomendaciones:*

- 1. Si se siente incómodo o enfadado con un paciente, piense que es por temas de su "lista", por lo cual está molesto con él. Note la tensión en su cuerpo. Note que su cuerpo está reaccionando.*
- 2. Puede decirse a sí mismo: "¡Stop!, no voy a complicarme el trabajo."*
- 3. Ponga su reacción, sus prejuicios a un lado. Lo que siente no es malo, pero no es el sitio adecuado.*
- 4. Vuelva a pensar cómo le ve al paciente. Tenga en cuenta que si su comportamiento le parece desagradable es que lo está pasando mal y no es algo personal contra usted. Usted está ahí para ayudarlo. Piense que le importa su malestar y mírele con empatía (con buenos ojos). Recuerde que su apariencia u otras cuestiones que le hacen reaccionar, son cuestiones suyas, no del paciente.²²*

Recursos necesarios en la Intervención Formativa

Los recursos materiales y espacio necesarios para la elaboración de las sesiones son los siguientes:

- Para la parrilla de observación se necesitan dos aulas el día 12-03-2018 de 16:45h a 18:45h, y el día 26-03-2018 de 18:00h a 20:30h.
- Aula adaptada para desarrollar las sesiones, que conste de mesas y sillas suficientes, pantalla para el proyector.
- Ordenador con conexión al proyector. Con *Microsoft Power Point* instalado.
- Copias suficientes de los documentos: *Cuestionario para la valoración de Conocimientos en Comunicación Terapéutica*, *Cuestionario para la valoración de Actitudes en Comunicación Terapéutica*, *Parrilla de observación: Evaluación de Habilidades en Comunicación Terapéutica*, *Formulario de Variables Sociolaborales*, *Consentimientos Informado* y *Cuestionario de Satisfacción Post-Intervención*.
- Copias suficientes de los ejercicios a realizar en las sesiones.
- Material para escribir: folios, bolígrafos..
- Material necesario para inmovilizar el brazo, canalizar una vía venosa periférica y preparación para administrar medicación intravenosa.

Respecto a los recursos humanos, cabe destacar que la misma persona que realiza la investigación impartirá la formación. Para la simulación se contará con la participación de 8 colaboradores: 6 de ellos serán actores y 2 se encargarán de la evaluación de las habilidades mediante la parrilla de observación. (Ver anexo 6)

2.7. Aspectos éticos

Desde el punto de vista ético, se asegurará el anonimato y la confidencialidad de los datos recogidos según la Ley de Protección de Datos de carácter personal RD 15/1999, y así respetar en todo momento los principios éticos durante el proceso de investigación.⁴²

Las personas susceptibles de participar en el estudio, deberán firmar un consentimiento informado. (Ver anexo 2)

3. PROPUESTA DE ANÁLISIS DE DATOS

3.1. Análisis descriptivo

Las variables cuantitativas serán analizadas a través de medidas de tendencia central como la media y medias de desviación como la desviación estándar o desviación típica. Las variables cualitativas se clasificarán en tablas de frecuencias absolutas y frecuencias relativas. El análisis de los datos se realizará con la ayuda del programa estadístico *SPSS (Statistical Package for the Social Science)*.

Tabla VIII: Frecuencia absoluta, frecuencia relativa y porcentaje

Hospital	F. absoluta	F. relativa	Porcentaje
La Paz	n_1	$F_1 = n_1 / N$	$F_1 \times 100$
Niño Jesús	n_2	$F_2 = n_2 / N$	$F_2 \times 100$
TOTAL	$N = 2$	2	100%

3.2. Contraste de hipótesis

Se van a utilizar técnicas de contraste de hipótesis. Las variables cuantitativas se medirán mediante T-Student y las cualitativas mediante Chi². Se establecerá un nivel de confianza del 95%, asumiendo un error del 5%.

Se van a comparar los datos de los conocimientos, habilidades y actitudes que se obtienen antes y después de la intervención formativa, y analizar si la diferencia se encuentra dentro del 95% establecido. Es decir, se van a considerar como estadísticamente significativos los valores de p menor que 0.05.

1. Para los **conocimientos** se utilizará el contraste de hipótesis de T-Student. En función del número de respuestas correctas del cuestionario se determinará:
 - Si tiene habilidad cuando las respuestas correctas son ≥ 14
 - No tiene habilidad cuando las respuestas correctas son ≤ 13
2. En la medida de las **habilidades**, también se utilizará el contraste de hipótesis de T-Student. En función del número de ítems presenciados por el observador en la parrilla de observación, se determina que:
 - Si tiene habilidad cuando los ítems observados son ≥ 6
 - No tiene habilidad cuando los ítems observados son ≤ 5

3. Para medir las actitudes, se empleará el contraste de hipótesis de T-Student. Se realizará la media de la puntuación obtenida en el cuestionario *pre*, y la media del cuestionario *post* intervención. A continuación se analizará si se producen cambios.

4. REFLEXIONES FINALES Y APLICACIONES EN LA PRÁCTICA DEL CUIDADO

Según la evidencia consultada, es preciso destacar la necesidad de formación en comunicación terapéutica de los enfermeros y enfermeras de unidades de urgencias pediátricas. Dicha necesidad queda justificada por las características especiales del servicio, donde el niño y su familia son vulnerables, lo que supone un desafío en el día a día para estos profesionales a la hora de establecer una relación de ayuda.

Los estudios científicos publicados sobre dicha temática son escasos y hacen hincapié en la necesidad de formación, pero no proponen estrategias ni programas formativos en servicios pediátricos de urgencias. Por tanto, se considera relevante integrar un programa orientado a la etapa escolar y encaminado a mejorar los conocimientos, las actitudes y las habilidades en comunicación terapéutica en la atención enfermera de urgencias.

La principal aplicación práctica de esta investigación es orientar al profesional de enfermería a establecer una comunicación terapéutica eficaz con el paciente pediátrico y su familia en las unidades de urgencias pediátricas.

En caso de obtener unos resultados significativos que demuestren la eficacia de la intervención propuesta, se podría demostrar que la implantación de intervenciones formativas permite aumentar los conocimientos de comunicación terapéutica en dicho entorno. Además, también permitiría desarrollar habilidades y actitudes necesarias para establecerla de manera eficaz con el paciente pediátrico y su familia. Si esta mejora quedara demostrada, sería válido aplicar la intervención formativa propuesta a la totalidad de las unidades de urgencias pediátricas de la Comunidad de Madrid.

El hecho de llevar a cabo este tipo de intervenciones y evaluarlas, permitiría valorar la formación y su repercusión en la práctica diaria. La formación en comunicación terapéutica en las unidades de urgencias pediátricas puede ampliarse a aspectos específicos como lo que aquí se proponen. Por lo que, los enfermeros y enfermeras que participasen en esta investigación, podrían poner de manifiesto la importancia de recibir formación continuada, viéndola como herramienta útil para mejorar la calidad de atención sanitaria.

Por todo ello, una de las recomendaciones que puede surgir tras la realización de este proyecto sería la formación en comunicación terapéutica en los profesionales de enfermería que atienden a los niños y a sus familias.

Un beneficio adicional que aportaría la intervención al profesional consistiría en proporcionar el aprendizaje de estrategias para relacionarse con los niños, así como ayudarles a comprender la situación en la que se encuentran. En ocasiones es mejor emplear un tiempo para establecer un clima de confianza y contar con la colaboración de la familia. De este modo, sería posible disminuir el nivel de ansiedad e impacto del niño, favoreciendo su adaptación.

Para finalizar, mencionar que tanto la búsqueda como el desarrollo de la intervención se ha orientado al papel del profesional enfermero en la unidad de urgencias pediátrica. Aunque se puede llevar a otros ámbitos de la práctica enfermera con diferentes pacientes. Sin embargo, hay que resaltar que las estrategias y recursos propuestos se pueden poner en práctica en todos los ámbitos de la vida, promoviendo beneficios no sólo a nivel profesional sino también a nivel personal.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2017 [cited 3 Jan 2017]. Available from: <http://www.who.int/about/es/>
2. Página Principal - Madrid.org - Hospital La Paz [Internet]. Madrid.org. 2017 [cited 8 Jan 2017]. Available from: http://www.madrid.org/cs/Satellite?language=es&pagename=HospitalLaPaz%2FPage%2FHPAZ_home
3. Wood I. Communicating with children in A & E: what skills does the nurse need?. Accident and Emergency Nursing [Internet]. 1997 [cited 3 Jan 2017];5(3):137-141. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9325666>
4. ACNUDH | Convención sobre los Derechos del Niño [Internet]. Ohchr.org. 2017 [cited 7 Mar 2017]. Available from: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>
5. Ruiz González M, Martínez Barellas M, González Carrión P. Enfermería del niño y adolescente. 1st ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2009. p 236-237.
6. Berbiglia V, Banfield B, Orem D. Teoría del déficit del autocuidado. en Marriner T. A., Alligood M.R. Modelos y teorías de enfermería. 7th ed. Madrid: Elsevier; 2011. p 265-285.
7. Saavedra Vélez C, Flores Pérez C, Meza Zamora M, Hernández Camacho L. Factores que alteran los requisitos universales en el paciente pediátrico hospitalizado. Paraninfo Digital [Internet]. 2013 [cited 22 Feb 2017];7(19). Available from: <http://www.index-f.com/para/n19/pdf/246d.pdf>
8. Noreña Peña A, Cibanal Juan L. El contexto de la interacción comunicativa: factores que influyen en la comunicación entre los profesionales de enfermería y los niños hospitalizados. Cultura de los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades [Internet]. 2008 [cited 13 Jan 2017];(23):70-79. Available from: <http://culturacuidados.ua.es/article/view/2008-n23-el-contexto-de-la-interaccion-comunicativa-factores-que-influyen-en-la-comunicacion-entre-los-profesionales-de-enfermeria-y-los-ninos-hospitalizados>

9. Hernández Pérez E, Rabadán Rubio J. La hospitalización: un paréntesis en la vida del niño. Atención educativa en población infantil hospitalizada. Perspectiva Educacional [Internet]. 2017 [cited 22 Mar 2017];52(1):167-181. Available from: <http://www.perspectivaeducacional.cl/index.php/peducacional/article/view/117>
10. Grahm M, Olsson E, Mansson M. Interactions Between Children and Pediatric Nurses at the Emergency Department: A Swedish Interview Study. Journal of Pediatric Nursing [Internet]. 2016 [cited 2 Mar 2017];31(3):284-292. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26992940>
11. Ansiedad: MedlinePlus en español [Internet]. Medlineplus.gov. 2016 [cited 2 Apr 2017]. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/anxiety.html>
12. Guerreiro M, Curado M. PINCHAR... ¡HACE DAÑO! Representaciones del dolor en el niño, en edad escolar, sometido a punción venosa. Enfermería Global [Internet]. 2012 [cited 25 Feb 2017];11(1). Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000100005
13. Borges Martins de Freitas B, Araújo Alves Voltani S. Therapeutic play in the pediatric urgent and emergency department: an integrative literature review. Cogitare Enfermagem [Internet]. 2016 [cited 10 Jan 2017];21(1):01-08. Available from: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40728/27245>
14. Grau C., Fernández Hawrylak M. Familia y enfermedad crónica pediátrica. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2010 [cited 1 Feb 2017];33(2):203-212. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000300008&lng=es.
15. Ignacio Cerro M, Jiménez Carrascosa M, Pascual Fernandez M, Acero Rivas O. Beneficio de la permanencia del acompañante en el cuidado pediátrico. Ciber Revista SEEUE [Internet]. 2008 [cited 12 Jan 2017]; Especial de Navidad:6. Available from: <http://enfermeriadeurgencias.com/ciber/diciembre/pagina6.html>
16. Carta Europea de los Niños Hospitalizados. Resolución del Parlamento Europeo de 13 de mayo de 1986 - Madrid.org - HospitalLaPaz [Internet]. Madrid.org.[cited 8 Feb 2017]. Available from: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142400305990&language=es&pageid=1142399374814&pagename=HospitalLaPaz%2FHOSP_Contentido_FA%2FHPAZ_generico

17. Walsh F. El concepto de resiliencia familiar: crisis y desafío. 14th ed. Nueva York: Guilford Press; 1998.
18. Real Academia Española [Internet]. Rae.es. 2017 [cited 27 Jan 2017]. Available from: <http://www.rae.es/>
19. Jiménez Cruz J. Elementos de la comunicación y el aprendizaje en la educación virtual. Contactos [Internet]. 2011 [cited 4 Jan 2017];(79):23-30. Available from: <http://www.izt.uam.mx/newpage/contactos/anterior/n79ne/evaluacion.pdf>
20. Vidal Blan R, Adamuz Tomás J, Feliu Baute, P. Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. Enfermería Global [Internet]. 2009 Oct [cited 19 Mar 2017]; (17). Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300021
21. La comunicación en la relación de ayuda al paciente en enfermería: saber qué decir y qué hacer. Revista Española de Comunicación en Salud [Internet]. 2012 [cited 21 Mar 2017];3(2):147-157. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4059330>
22. Valverde C. Comunicación terapéutica en enfermería. 1st ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2007.
23. Díaz Cortés M. Comunicación enfermera/paciente: reflexión sobre la relación de ayuda. Revista Española de Comunicación en Salud [Internet]. 2011 [cited 5 Feb 2017];2(1):55-61. Available from: http://www.aecs.es/2_1_7.pdf
24. Peplau H. Relaciones interpersonales en enfermería. 1st ed. Barcelona: Salvat editores; 1990.
25. Ferrer Pardavila Á, García Sampedro R, Barreiro Bello J. El proceso de atención y relación de ayuda, en enfermería pediátrica. Cultura de los Cuidados [Internet]. 2003 [cited 4 Mar 2017];7(13):52-62. Available from: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/4818/1/CC_13_10.pdf
26. Moya Albiol L. La empatía. Entenderla para entender a los demás. 1st ed. Barcelona: Plataforma Editorial; 2014.

27. Noreña Peña A, Cibanal Juan L. La experiencia de los niños hospitalizados acerca de su interacción con los profesionales de enfermería. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2011 [cited 4 Febr 2017];19(6). Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/es_21.pdf
28. Subiela Garcia, J.A. et al. La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera. *Enfermería Global*. [Internet]. 2014 [cited 24 Febr 2017];13(34):276-292
- 29 Navarro Torres M, Jara Vega P. Guía de Información Pediátrica para profesionales sanitarios. *Ergon* [Internet]. 2016 [cited 8 Feb 2017];:31-36. Available from: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DGuia+Inform+Ped+Web.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352908803553&ssbinary=true>
- 30 BOE.es - Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989 [Internet]. Boe.es. 1990 [cited 24 Mar 2017]. Available from: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1990-31312>
31. Li W, Chung J, Ho K, Kwok B. Play interventions to reduce anxiety and negative emotions in hospitalized children. *BMC Pediatrics* [Internet]. 2016 [cited 21 Mar 2017];16(1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26969158>
32. Banerjee S, Manna R, Coyle N, Shen M, Pehrson C, Zaider T et al. Oncology nurses' communication challenges with patients and families: A qualitative study. *Nurse Education in Practice* [Internet]. 2016 [cited 1 Mar 2017];16(1):193-201. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26278636>
33. Muñoz Cruz R, Rodríguez Mármol M, Bernabéu Cruz C. Nivel de satisfacción de los usuarios con los cuidados enfermeros recibidos en urgencias. *Enfermería Integral*. 2016;112(Especial junio):52-55.
34. Fernández Díaz M, González Pascual J, Manso Martínez M. Evaluación participativa en habilidades para comunicar en 3º de grado de enfermería en el curso 2009/10, la escenificación como método docente y de evaluación. *Revista de Docencia Universitaria* [Internet]. 2010 [cited 28 Mar 2017];8(2):73-93. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4015590.pdf>

35. BOE.es - Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias [Internet]. Boe.es. 2017 [cited 30 Mar 2017]. Available from: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340>
36. Rubio M. Enfoques y modelos de evaluación del e-learning. RELIEVE - Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa [Internet]. 2003 [cited 31 Mar 2017];9(2):101-120. Available from: http://www.uv.es/relieve/v9n2/RELIEVEv9n2_1.htm
37. Página Principal - Madrid.org - Hospital Niño Jesús [Internet]. Madrid.org. 2017 [cited 26 Mar 2017]. Available from: http://www.madrid.org/cs/Satellite?language=es&pagename=HospitalNinoJesus%2FPa ge%2FHNIJ_home
38. Montilva M, García M, Torres A, Puertas M, Zapata E. Empatía según la escala de Jefferson en estudiantes de Medicina y Enfermería en Venezuela. Investigación en Educación Médica [Internet]. 2015 [cited 12 Mar 2017];4(16):223-228. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-investigacion-educacion-medica-343-articulo-empatia-segun-escala-jefferson-estudiantes-S2007505715000290>
39. Angelo M, Cruz A, Fernandes F, Cavalcante C, Costa M^a J, M^a Manuela Martins. Nurses' attitudes regarding the importance of families in pediatric nursing care. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2014 Aug [cited 23 Apr 2017];48:74-79. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000700074&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000600011>.
40. Moya Albiol L. La Empatía en la empresa. 1st ed. Barcelona: Plataforma Editorial; 2016.
41. Canal M, Allué J, Filella L, García G, Martínez J, Escobar J et al. El Gran Libro de los Juegos. 1st ed. Barcelona: Círculo de Lectores; 1998.
42. BOE.es - Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal [Internet]. Boe.es. 1999 [cited 1 April 2017]. Available from: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-23750>

6. ANEXOS

6.1. Anexo 1: LISTADO DE NÚMEROS ALEATORIOS PARA LA ELECCIÓN DE LA MUESTRA DE ESTUDIO

Hospital Universitario La Paz

Elección participantes			
1	SI	11	NO
2	NO	12	SI
3	NO	13	NO
4	NO	14	SI
5	SI	15	NO
6	SI	16	NO
7	NO	17	SI
8	NO	18	SI
9	NO	19	NO
10	SI	20	NO

Hospital Universitario Niño Jesús

Elección participantes					
1	SÍ	11	NO	21	SI
2	SÍ	12	SÍ	22	NO
3	NO	13	NO	23	NO
4	NO	14	NO	24	SÍ
5	SÍ	15	SÍ	25	NO
6	SÍ	16	NO	26	SÍ
7	NO	17	NO	27	NO
8	NO	18	SÍ	28	SÍ
9	SÍ	19	NO	29	NO
10	NO	20	NO	30	NO

6.2. Anexo 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO

Este formulario de Consentimiento Informado se dirige al personal de enfermería de la Unidad de Urgencias Pediátricas del Hospital Universitario La Paz y del Hospital Universitario Niño Jesús y se les invita a participar en la investigación la efectividad de una intervención formativa en la competencia enfermera de comunicación terapéutica.

Introducción

Soy alumna de cuarto de enfermería en la Universidad Autónoma de Madrid. Estoy investigando sobre la comunicación que se establece con los pacientes pediátricos en los servicios de urgencias. Le voy a brindar información e invitarle a participar en esta investigación. No tiene que decidir hoy si participar o no, si tiene alguna duda o pregunta no dude en contactar conmigo.

Propósito

Establecer una correcta comunicación terapéutica es posible si previamente se adquieren unos conocimientos, habilidades y aptitudes, que desarrollan mejor los profesionales sanitarios que reciben formación al respecto. En los servicios de urgencias pediátricas es la enfermera quien ejerce la primera tención al niño y su familia y se encarga del seguimiento de sus cuidados. Por lo tanto va a ser fundamental para que el niño tenga una buena adaptación al entorno y afrontamiento de su problema de salud, así como evitar situaciones que generen estrés o ansiedad en ellos. En definitiva, establecer una correcta comunicación terapéutica desde el primer momento es esencial para que los cuidados prestados sean de calidad.

Tipo de Intervención de Investigación

Esta investigación constará del cumplimiento de unos test antes y después de asistir a una intervención formativa. La formación se concentrará en tres sesiones que se impartirán a lo largo de tres lunes consecutivos. Cada sesión durará aproximadamente cinco horas.

Selección de participantes, Participación voluntaria

Se está invitando a todo el personal de enfermería de la Unidad de Urgencias Pediátricas del Hospital Universitario La Paz para participar en la investigación. Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria, usted puede elegir participar o no hacerlo. Usted no tiene porque tomar parte en esta investigación si no desea hacerlo o, si cambia de idea más tarde, puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que quiera. Es su elección y todos sus derechos serán respetados.

Efectos Secundarios

Al participar en esta investigación no sufrirá ningún tipo de efecto secundario, ni estará expuesto a riesgos ni a sufrir ningún tipo de molestia física.

Beneficios

Si usted participa en esta investigación, obtendrá los siguientes beneficios: aumentará y actualizará sus conocimientos sobre la comunicación terapéutica, competencia requerida en el día a día para que los cuidados prestados sean de calidad, lo que conlleva un enriquecimiento profesional y personal. Asimismo le principales beneficiadores de esta intervención son los pacientes pediátricos, ya que recibirán un trato apropiado.

Confidencialidad

La información que se recoja en este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. Los datos que se recojan acerca de usted se codificarán a través de números en lugar del nombre y serán accesibles exclusivamente por los componentes de la investigación.

Compartiendo los resultados

El conocimiento que obtengamos por realizar esta investigación se compartirá con usted antes de que se haga disponible al público. Más tarde se publicarán los resultados para que otras personas interesadas puedan aprender de nuestra investigación.

A quién contactar

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o incluso, después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde puede realizarlas a través del siguiente contacto: [nuria.moya @estudiante.uam.es].

Yo..... a día/...../..... he leído la información proporcionada, he tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Firma del participante

Firma del investigador

Clave de identificación del participante: __ __ __ __

6.3. Anexo 3: CUESTIONARIO PARA LA VALORACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS EN COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA

Clave de identificación del participante: _ _ _ _

Lea detenidamente las instrucciones. El siguiente cuestionario consta de 20 enunciados. Por favor, rellene todos los campos. Señale la respuesta que considere correcta o incorrecta, en función de lo que indique cada enunciado.

- 1. La comunicación enfermera debe ser adecuada a la etapa de desarrollo en la que se encuentre el niño. Si atendemos a un niño de 9 años, ¿a qué etapa de desarrollo corresponde?**
 - a) Etapa preescolar
 - b) Etapa escolar
 - c) Infancia media
 - d) b y c son correctas

- 2. ¿Qué es una relación de ayuda?**
 - a) Es una ayuda liberadora y de crecimiento personal
 - b) Es una ayuda eficaz, pues atiende a las necesidades del paciente
 - c) Es una ayuda mediada por la escucha y el diálogo
 - d) Todas son correctas

- 3. Las familias capaces de adaptarse y sobreponerse ante acontecimientos desestabilizadores, que movilizan sus recursos y mantienen sus emociones y circunstancias bajo control son:**
 - a) Sobreprotectoras
 - b) Resilientes
 - c) Disruptivas
 - d) Las respuestas a y b son correctas

- 4. Se define comunicación terapéutica como:**
 - a) La acción y efecto de comunicar o comunicarse
 - b) Es un proceso de comunicación normal
 - c) Proceso de interacción en el que adquieren unas estrategias para establecer una relación de ayuda con el paciente
 - d) Las respuestas b y c son correctas

- 5. Respecto al dolor en un niño de 10 años. Señale la respuesta incorrecta:**
- a) Es capaz de localizarlo, describirlo y relacionarlo de manera sencilla con la enfermedad.
 - b) En ocasiones no lo refiere para no sufrir las consecuencias, piensa que le va a doler más el procedimiento o tratamiento.
 - c) No realiza preguntas de los procedimientos invasivos que conlleven dolor.
 - d) Es un factor que aumenta la ansiedad.
- 6. Uno de los elementos básicos de la comunicación terapéutica es:**
- a) La empatía
 - b) La simpatía
 - c) La apatía
 - e) La neuropatía
- 7. El abordaje de la enfermedad pediátrica que disminuye el nivel de ansiedad y aumenta el número de técnicas satisfactorias, debe hacerse:**
- a) Sin presencia familiar
 - b) Con o sin presencia familiar, es indiferente
 - c) En contexto familiar
 - d) Preferiblemente, y si la familia está de acuerdo, a solas con el niño
- 8. Ponerse en el lugar del otro haciendo nuestro su estado emocional, como impregnarnos de sus emociones negativas, se denomina:**
- a) Empatía
 - b) Simpatía
 - c) Compasión
 - d) Honestidad
- 9. Las competencias para adquirir una correcta comunicación terapéutica son:**
- a) Habilidades
 - b) Actitudes
 - c) Conocimientos
 - d) Todas las anteriores son correctas
- 10. El lenguaje en la comunicación con el niño y /o su familia debe ser:**
- a) Claro
 - b) Apropiado a la comprensión de ambos
 - c) Conciso, evitando dar mucha información en poco tiempo
 - d) Todas las respuestas anteriores son correctas

11. La falta de comunicación con el paciente y su familia provoca:

- a) No adhesión al tratamiento
- b) Retraso en la búsqueda de ayuda
- c) Agravamiento de la enfermedad
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas

12. ¿Qué demostramos si adquirimos una posición abierta, como no cruzarse de brazos, evitar dar la espalda y barreras físicas?

- a) Escucha activa
- b) Asertividad
- c) Empatía
- d) Desinterés

13. Una buena comunicación terapéutica garantiza:

- a) Que el paciente tome medidas y estrategias preventivas
- b) Disminución de la ansiedad y del tiempo de recuperación
- c) Mejore sus habilidades de cuidado y adhesión al tratamiento
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas

14. De las siguientes estrategias, ¿cuál no considera apropiada para la escucha activa?

- a) Saber gestionar el silencio
- b) Dejar de hablar para poder escuchar
- c) Tener un buen dominio de nuestras emociones evitando criticar y argumentar en exceso
- d) Todas las opciones anteriores son correctas

15. El juego terapéutico se considera:

- a) Una de las estrategias que ayuda a los niños a entender, verbalizar lo que sienten y comprender los procedimientos
- b) Generador de ansiedad en la unidad de urgencias pediátricas
- c) Una distracción útil en la realización de técnicas enfermeras
- d) Las respuestas b y c son correctas

16. Las competencias necesarias para que la comunicación terapéutica sea eficaz, se desarrollan mejor en aquellos profesionales que:

- a) Tienen más años de experiencia como enfermero/as
- b) Va intrínseco en la persona, no se puede modificar
- c) Reciben formación y entrenamiento
- d) Ninguna de las anteriores es correcta

17. Un niño con edad comprendida entre los 6 y 12 años, ¿cómo entiende la enfermedad?

- a) Comienza a entender que puede venir de dentro de ellos, pues abandona el pensamiento mágico de la enfermedad.
- b) Explica la enfermedad desde el pensamiento mágico, considerándola como castigo y se siente culpable.
- c) No comprende el funcionamiento corporal, por lo que puede pensar que al realizarle una extracción sanguínea se va a quedar sin sangre.
- d) Ninguna de las anteriores es correcta

18. Una característica que define la comunicación terapéutica es:

- a) Se establece en todos los ámbitos de la vida
- b) La responsabilidad de la calidad de la comunicación depende de las dos o más personas que estén interaccionando
- c) La responsabilidad de que la comunicación sea eficaz recae en la enfermera
- d) El paciente tiene un 50% de responsabilidad para que se establezca una correcta comunicación.

19. Durante la estancia en urgencias los niños pueden experimentar un impacto psicológico, señale la respuesta correcta:

- a) Alteraciones comportamentales como agresividad y llanto.
- b) Alteraciones emocionales como ansiedad, miedo, temor, apatía y nervios.
- c) Alteraciones comportamentales como resistencia pasiva con respuestas de evitación.
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas

20. ¿En qué dimensiones del cuidado es necesario establecer una correcta comunicación terapéutica?

- a) Cuidados intensivos
- b) Urgencias
- c) Atención al paciente crónico
- d) Siempre

6.4. Anexo 4: CORRECCIÓN CUESTIONARIO CONOCIMIENTOS EN COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA

Número pregunta	Respuesta correcta		Número pregunta	Respuesta correcta
1	D		11	D
2	D		12	A
3	B		13	D
4	C		14	D
5	C		15	D
6	A		16	D
7	C		17	C
8	B		18	A
9	D		19	C
10	D		20	D

6.5. Anexo 5: CUESTIONARIO PARA LA VALORACIÓN DE LAS ACTITUDES EN COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA

Clave de identificación del participante: _ _ _ _

Lea detenidamente las instrucciones y conteste con la mayor sinceridad posible

El siguiente cuestionario consta de 25 enunciados. En una escala del 1 al 10 considere el grado de importancia de cada ítem. Por favor, rellene todos los campos, no existen respuestas acertadas o erróneas.

[Sin importancia] **1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10** [Importantísimo]

→

AFIRMACIONES										
1	Considero que es importante ponerme en el lugar del niño y su familia									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	Creo que además de realizar las técnicas, es necesario establecer una relación de ayuda con el niño y su familia									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	¿Hasta qué punto considera que es importante no sentirse culpable cuando se pone en el lugar del paciente y su familia?									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	¿Qué importancia le da a tener la capacidad de comprender lo que piensan y dicen los demás?									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	Opino que tener un buen sentido del humor contribuye a un mejor resultado									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6	Considero que poner atención en la comunicación no verbal y lenguaje corporal del niño ayuda a entender qué está pasando en su mente									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7	Creo que es importante no permitir que me afecten las intensas relaciones sentimentales de mis pacientes con sus familias									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8	Pienso que se debería escuchar atentamente cuando habla el niño y/o su familia									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9	Creo que es importante no desear que el niño y/o su familia dejen de hablar para finalizar la conversación y continuar con mi trabajo									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

10	Considero que es importante dejar hablar al niño y su familia sin interrumpir	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	Pienso que es necesario dar información adecuada a la capacidad de comprensión del niño y su familia y a su estado afectivo del momento, sin uso de tecnicismos ni jerga sanitaria	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12	Creo que es necesario utilizar una expresión facial que muestre interés y un tono de voz sereno	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13	Considero como estrategia el contacto físico para calmar a los niños y/o su familia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14	¿Hasta qué punto le parece importante dirigirse al niño por su nombre y no por su diagnóstico?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15	¿Qué importancia le da a dejar de realizar otras tareas para hablar con el niño y/o su familia?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16	Permitir que se realicen preguntas, responderlas y comprobar la asimilación y comprensión de la información, ¿lo considera importante?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17	Creo que es fundamental presentarme (nombre y función), antes de realizar cualquier procedimiento, así como despedirme cuando los cuidados han finalizado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18	¿Qué importancia le da a adoptar una postura que muestre atención (no cruzarse de brazos), y mirar directamente a los ojos incluso situándose a la altura del niño?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19	Utilizar recursos audiovisuales, dibujos, cuentos y juegos para facilitar la comprensión y distracción del niño mientras realizo las técnicas ¿lo considera importante?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20	¿Considera importante felicitar al niño cuando se porta bien y colabora, mediante el uso de palabras positivas?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
21	Explicar al niño y su familia los procedimientos, así como enseñar el material previamente y pedir su colaboración y/o participación, ¿qué grado de importancia le da?										

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22	Pienso que es importante tener en cuenta la opinión del niño y su familia en la toma de decisiones, pues considero que me hace sentir útil implicarme con ellos									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23	¿Cree que es importante tener en cuenta las costumbres culturales y creencias religiosas de la familia en la realización de cuidados, y no dejarse llevar por prejuicios?									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
24	Considero fundamental la presencia familiar, incluso invitar a que participen en la realización de los cuidados, pues da sensación de seguridad									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
25	Creo que es un error importante pensar que la presencia de familia produce estrés, pues no me hace sentir que me están controlando, ni contenerme en mi trabajo, considero que intentar sacar tiempo para ocuparnos de la familia es fundamental									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

6.6. Anexo 6: PARRILLA DE OBSERVACIÓN, EVALUACIÓN DE HABILIDADES EN COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA

Clave de identificación del participante: _ _ _ _

ÍTEMS		SI	NO	NO SE OBSERVA
1	Mira a los ojos cuando se comunica con ellos			
2	Se sitúa a la altura del niño			
3	Se dirige al niño por su nombre			
4	Escucha activa sin interrumpir			
5	No usa de tecnicismos			
6	Distrae al niño mientras realiza la técnica (juego terapéutico)			
7	Da información adecuada a la comprensión del niño			
8	Permite a la familia que se quede a lo largo del procedimiento			
9	Se dirige al paciente con voz serena			
10	Se presenta por nombre y función			

Observaciones:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Firma del observador

6.7. Anexo 7: FORMULARIO DE VARIABLES SOCIOLABORALES

Complete el siguiente formulario señalando los ítems con los que se identifique. Rellene la "Clave de identificación del participante" con un código de 4 números que usted elija, recuérdelo para identificarse en los próximos cuestionarios. Esta encuesta es anónima, por favor, no poner datos personales ni firmarlo.

Clave de identificación del participante: _ _ _ _

1. Sexo:

Hombre ☐

Mujer ☐

2. Edad

3. ¿Tiene hijos?

Si ☐

No ☐

4. ¿En qué hospital trabaja actualmente?

Hospital Universitario La Paz ☐

Hospital Universitario Niño Jesús ☐

5. Años de experiencia laboral como enfermera

< 1año ☐

>1año ☐

>5años ☐

>10 años ☐

> 15años ☐

6. Tiempo de permanencia en el servicio de urgencias pediátricas

< 1año ☐

>1año ☐

>5años ☐

>10 años ☐

> 15años ☐

7. Respecto a la temporalidad, ¿qué tipo de contrato presenta?

Contrato indefinido ☐

Contrato temporal ☐

8. ¿Podría indicar qué formación académica presenta?

Grado ☐ / Diplomatura ☐

Doctorado ☐

Máster ☐ (Indique en qué:)

Especialidad ☐ (Indique cuál:)

9. ¿Realizó formación en comunicación terapéutica?

- Durante la carrera: Si ☐ No ☐

- Después de graduarse: Si ☐ No ☐

11. Valore del 0 al 10 su conocimiento en comunicación terapéutica

1
☐

2
☐

3
☐

4
☐

5
☐

6
☐

7
☐

8
☐

9
☐

10
☐

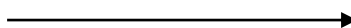
6.8. Anexo 8: CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN POST-INTERVENCIÓN

Clave de identificación del participante: _ _ _ _

El siguiente cuestionario pretende conocer cuál es su opinión acerca del desarrollo de la intervención formativa en la que ha participado.

Indique la opción que le parezca más adecuada con una X un valor del 1 al 10, en función de su opinión sobre cada una de las cuestiones que se plantean a continuación, siendo:

[Grado más bajo satisfacción] **1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10** [Grado más alto satisfacción]



Contenidos del curso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Contenidos teóricos impartidos										
Contenidos de los ejercicios prácticos										
Adecuación y calidad de contenidos										

Organización y recursos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Información previa sobre el curso										
Atención durante el curso										
Adecuación de los medios y recursos didácticos										
Instalaciones físicas donde se ha impartido										

Aprovechamiento del curso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Utilidad para su trabajo cotidiano										
Grado de aprendizaje conseguido con el curso										
Interés despertado por los temas del curso										
Se han cubierto las expectativas previas										
El sistema de evaluación permite conocer mi nivel de dominio del tema										

Docente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ha mostrado tener dominio de los contenidos										
Ha conseguido mantener mi interés										
Ha transmitido las ideas y contenidos adecuadamente con un buen manejo de la comunicación verbal y no verbal										

Tiempo de duración del curso	Insuficiente	Adecuado	Excesivo
Observaciones:			

Valoración global del curso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Observaciones:										

Comentarios y sugerencias
Observaciones o modificaciones que introduciría en el curso:
Aspectos positivos que le han facilitado el aprendizaje:

Muchas gracias por su participación.